



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL USUMACINTA
Solicitud de Adelanto, Reposición o
Intercambio de Clases



Solicitud de:	Reposición		Adelanto		Intercambio	
Fecha de la Solicitud:						
Responsable de la Acción:						

Asignatura:	
Carrera:	Grupo:
Fecha de la(s) Acciones:	

Acción a Tomar:

Responsable (s) de la Acción	Responsable del Seguimiento
_____	_____
Nombre y Firma	Coordinador Académico Nombre y Firma

Observaciones del Verificador:	
Fecha de la Verificación:	
Vo. Bo. de la División Académica	Recibe
_____	_____
Director Académico	Recursos Humanos

Nota: El responsable de llevar a cabo la verificación es el Coordinador Académico, previo acuerdo con el tutor del grupo en cuestión.